

《論説》

‘Brain Injury’ に関する少年司法政策の課題 ——欧米の調査結果分析を中心として——

渡 邊 泰 洋

- 1 はじめに
- 2 ABI と TBI の意義
- 3 欧米諸国の ABI 研究
 - （1）フィンランドの研究
 - （2）オーストラリアの研究
 - （3）アメリカの研究
 - （4）イギリスの研究
- 4 イギリス青少年司法委員会の ABI 対策
- 5 おわりに—若干の考察

1 はじめに

近年、欧米諸国では、幼児期などに受けた脳損傷が青少年期の行動障害と
なって現れる、いわゆる ‘brain injury’ 問題が刑事司法や少年司法の各機
関で議論されている。すなわち、従来外観では判明しなかった幼児期などの
脳損傷が少年非行に重大な影響を与えているのではないかが議論され、司法
制度の中でそれをどのように扱うかが問題となっている。正常者と同様に扱
うのか、あるいは異なる扱いをするのか。というのも、脳損傷は「隠れた障
害」とも言われており、実際には障害を有していても脳損傷が原因であるた
めに外見上判別できず、少年司法制度の中で健常者と同様に扱われてきたか
らである。したがって、もし脳損傷が非行行動に何らかの影響を及ぼしてい
ると判断された場合、ダイバージョンや治療的処遇を検討する必要がある。

このような問題が生起した背景には、近年の医療の進歩があり、MRI な

どで脳の欠陥などが判明するようになったことがある。「脳損傷 (brain injury)」は、先天的脳損傷と後天的脳損傷に大別されるが、本稿が対象とするのは後天的脳損傷 (acquired brain injury: 以下, ‘ABI’ と記す) である。もっとも、医学的には多様な形態があり、現在でも、依然不明な部分が多い。また、脳損傷の発生する契機としては、幼児期などに遭遇した交通事故、家庭内で転んだりした際の打撲、両親からの虐待による頭部の怪我など多くの原因が指摘されている。

いずれにせよ、幼児期などの脳損傷がその後の行動に影響を与えているとすれば、非行行動や犯罪行動はそれを原因とすることが十分に考えられ、そうであれば、本人に対して厳しい批判や完全な責任を問うことは困難であり、むしろ治療の対象として判断することが必要となる。このような状況から、欧米では、この問題がとくに少年司法制度の問題として捉えられ、例えばイギリスなどでは、後述するように、議会内に専門家チームが編成されて議論されるに至っている。

この問題の解明は、欧米諸国でも依然として発展途上であり、わが国でもこれに関する研究やその紹介はほとんどみられないが、近い将来、この問題が刑事司法制度や少年司法制度の中で注目されることは十分考えられる。そこで、本稿では、わが国の少年司法制度への問題提起として、各国の ‘brain injury’ に関する議論や調査を紹介し、問題点や今後の課題を提示したい。

2 ABI と TBI の意義

先述したように、本稿では ABI (後天的脳損傷) を扱うが、ABI には外傷性脳損傷 (traumatic brain injury: 以下, ‘TBI’ と記す) が含まれる。そこで、ABI と TBI の意義を記したうえで、脳損傷と非行の関連性を指摘する欧米の研究を概観したい。

(1) ABI の定義

ABI とは、出生後に生じる脳へのあらゆる損傷を意味する。具体的には、

交通事故、脳卒中、感染症、アルコール濫用、薬物濫用、精神疾患などが一般的⁽²⁾な原因とされる。

ABIの症状は、軽重によって異なる。ABIは、身体障害とは異なり、外見上区別することはできない。貧弱な短期記憶、倦怠感、興奮性といったABIに典型的な症状は性格や内面の問題であり、ABIの多くの者は、アルコール中毒者、低知能、他人への無関心、無意欲、攻撃的、気まぐれとして、⁽³⁾単に性格の問題として片付けられ、一般的にも誤解を受ける傾向がある。従って、周囲の者がABIに気づくのは稀であり、本人自身さえ自覚がない場合もみられるという。

それでは、このようなABIに対してどのような対応が考えられるのであろうか。一般には、その治療においてリハビリテーションが必要とされる。それゆえ、ABIを原因とする犯罪者には、画一的な矯正処遇プログラムは不適切であり、固有のリハビリテーション・プログラムが必要とされる。さらには、ABIの者に対するリハビリテーションも、同一でよいというわけではない。なぜなら、ABIがどの部位（前頭部、側頭部、後頭部など）の損傷によって生じたのかで現れる症状が異なり、その症状次第でリハビリテーション・プログラムも変わるからである。

（2）TBIの定義

ABIの中でも、とくに交通事故や殴打など頭部に加えられた外力（external force）⁽⁴⁾によって生じるものをTBIという。したがって、TBIはABIのうち、外部からの圧力ではない原因（感染症や薬物中毒など）を除いた概念である。TBIの発症時期で特徴的なことは幼児期や少年期に集中している点である。これがTBIと少年司法との関係が論じられる契機となっている。実際、米国保健社会福祉省（The U.S. Department of Health and Human Services）の2010年の報告書によっても、TBIの発症リスクは、成人よりも少年の方がはるかに高く、とくに幼児期の0～4歳、少年期の15～19歳⁽⁵⁾の時期が最も高いという。

TBI による脳損傷は、その重症度によって現れる症状が異なるが、下記の事項についてうまく対処できないとされる。⁽⁶⁾

- ・ 他人との距離，立ち位置
- ・ 会話中の他人への話しかけのチャンス
- ・ 感情表現の時期と程度
- ・ 非言語的意思表示の解釈と反応
- ・ 提示したり，接触したりしうる他人の身体部分
- ・ 会話のチャンスと相手の承認

(3) ABI と問題行動

ここでいう問題行動 (challenging behaviour) とは、「苦痛や障害を引き起こす可能性のある症状の強度，回数や継続期間を伴うあらゆる行動ないし不快症状，無力感，欲求不満，不安，懸念といった感情を生み出す行動」⁽⁷⁾とされる。具体的には、「脱抑制 (disinhibition)，被刺激性 (irritability)，攻撃性 (aggression)，性的行動化 (sexual acting out)，怒りの抑制の減少 (reduced anger control)，(年齢に比して) 大人げない行為 (immature behaviour)，硬直性 (rigidity)，社会的不適応 (social awkwardness)，社会的知覚障害 (impaired social perception)，自己中心性 (egocentrism)，鬱病 (depression)，社会的引きこもり (social withdrawal)」⁽⁸⁾などであり，これらは，TBI の結果生じるとヤルヴィセイカーらは指摘する。当然ながら，これらの特性に基づく行動が直ちに犯罪となるわけではないが，逸脱行動に結びつきやすく，犯罪との親和性も高いことが問題とされるのである。ラッシュワース (N. Rushworth) の指摘によると，「ABI 症状のある者とならない者を比較すると，ABI のある者(特に前頭葉に損傷を受けている場合)の方が，ない者よりも行動を規制することに伴う問題を抱えている割合が高い」⁽⁹⁾という。そうであれば，ここで少年司法政策上の問題が一つ生じる。通常，行為者は，自らの意思で自覚的かつ自律的に行動していると考えられている。刑法上の責任原則からしても，あえて法違反行為を行えば，その行為

者は非難され責任を追及されるのである。そこで、ABIのある者も、自覚的に行動を選択していると考えられているが、脳損傷の影響から行動を規制する能力が低下しているとすれば、正常な者と同等の責任追及は困難といえる。これがABI、TBI問題の根底にある。また、前述のように、ABIは「隠れた障害」といわれることから、しばしばこれらの問題行動が単なる性格上の問題として処理され、適切な処遇が行われていないこともABI問題の深刻さを物語る。しかしながら、ABI問題はさらに複雑で、ABIと問題行動の関係については諸説が主張されている。すなわち、ラッシュワースによると、主として、以下の3つの見解が存在する⁽¹⁰⁾。第1に、問題行動は、脳の特定領域に対する損傷の直接的な結果であるとする説。第2に、問題行動は、障害を調整したり適応したりするために障害を有する者自身によって学習された結果であるとする説。第3に、問題行動は、脳損傷を受ける前から存在していたものであるとする説、である。

要するに、ABIと問題行動の因果関係を証明する科学的な研究は現時点では存在せず、関連性を指摘するにとどまっているということであろう。以下、ABIと問題行動の関連性を指摘する諸外国の研究を検討する。

3 欧米諸国のABI研究状況

（1）フィンランドの研究

フィンランドでは、はやく1992年にTBIと非行の関連性を指摘する研究がランタカッリオ（P. Rantakallio et al.）らによって公表されている。また下記にみるように、大規模なバース・コホート（birth cohort）研究が行われている。例えば、ティモネン（M. Timonen et al.）らが行ったTBIと犯罪との関連性を指摘する長期追跡研究がある⁽¹¹⁾。ティモネンらの研究は、初めてTBIと犯罪の問題に正面から取り組んだ実証研究であり、世界的に衝撃をもってとらえられ、欧米のTBIと犯罪をテーマとする研究や制度の改変に実質的に大きな影響を与えたと思われる。

まず、ランタカッリオらの研究である⁽¹²⁾。この研究は、TBIの周産期、て

んかん、中枢神経系外傷と少年非行の関連性に関するものである。調査対象者は、北フィンランドに居住する男性で、かつ22歳までに犯罪歴のある者5,966名である。対象者の犯歴のうち、355名（6%）は犯罪ではなく非行とされる。また、非行発生率は、出生体重2,500g未満ないし4,000g以上、妊娠37週未満の早産、周産期の脳損傷、14歳前にてんかん性発作を経験した男性では高くなく、逆に、出生体重3,500g未満の男性群で高いことが明らかになった。しかも、14歳までに中枢神経系外傷の経験のある男性間で高い。

このような研究結果から、ランタカッリオらは、第1に、以前の中枢神経系外傷は、非行の原因であるかもしれないこと、第2に、暴力犯罪を行う可能性のある男性の行動タイプは、中枢神経系外傷を引き起こす可能性のある事故に遭う危険性にしばしば曝されている可能性があることを指摘した。⁽¹³⁾

次に、ティモネンらの研究は、幼児期、少年期におけるTBIが、成人期の精神障害や重度のアルコール濫用、犯罪と結び付くという仮説を検証したものである。⁽¹⁴⁾調査は、北フィンランドにおいて無作為抽出により選ばれた一般住民12,058名に対するバース・コホート手法が採用され、31歳までを追跡したものである。このコホート調査対象者のTBIに関するデータは、当該地域の病院の外来患者に関する記録やフィンランド病院退院記録簿（FHDR）から収集された。アルコール診断を含む精神障害に関するデータもFHDRから収集されている。この調査では、フィンランド司法省が全面的に協力し、全対象者の犯罪歴に関する情報を提供した。最終的な調査対象者は、男子5,589名、女子5,345名となった。調査の結果、児童期、青年期におけるTBIは、後の精神障害発症リスクが通常の2倍であり、TBIは男子コホート対象者のうち、犯罪性と後の精神障害に有意に相関することが明らかになった。この結果は、TBIと精神障害罹患率との結びつきを支持するものであり、ティモネンらは、精神障害の患者が犯罪も行っている場合は、⁽¹⁵⁾この事実を疑うべきであると結論づけている。

（２）オーストラリアの研究

オーストラリアは、フィンランドやアメリカと並び、TBIと犯罪・非行の関連性についての研究およびその対策に関する研究において、先進国の一つである。⁽¹⁶⁾すでに、ABI, TBIについて、統計も整備されつつある。⁽¹⁷⁾そこで、オーストラリアにおけるTBIと犯罪・非行問題の代表的研究について概観⁽¹⁸⁾する。

同国では、成人矯正や少年司法の領域において、意識喪失・慢性的な薬物乱用と脳損傷に関する地方調査と国際調査が行われており、これらの調査では、矯正施設収容者の間にABIの非常に高い発症率が示されている。⁽¹⁹⁾すなわち、全体として、犯罪者の約60%にABI発症歴があったとしており、この比率をオーストラリアの現在の成人収容者約29,700人に当てはめると、実に17,900人にABI歴があることになるという。

このように、オーストラリアでは、ABIとそれに起因する暴力、犯罪との関連性についての研究がかなり精力的に行われており、その多くの研究が、ABI罹患者の再犯、再拘禁のリスクが高いにもかかわらず、刑事司法、少年司法の制度では、この状況を低く評価していると警告を発している。

そこで、オーストラリア政府評議会 COAG（Council of Australian Governments）は、全国障害対策戦略のもとで、ABIが現在の重要課題の1つであると指摘している。すなわち、「障害犯罪者のために、裁判所のダイバージョン・プログラムが、（中略）被告人の精神衛生、障害対処ニーズ、犯罪行動に取り組むために設計されるべきである」。⁽²⁰⁾つまり、ABIの者が利用できる法制度は現在限られており、アクセス基準も明瞭でないために、各種の法的プログラムは不適切であるとしている。たとえば、裁判所は、保釈、公判維持、量刑、治療的法学（therapeutic jurisprudence）、ダイバージョン・プログラムをこのような人々のために適合しうるように検討すべきであるが、一般には、知的障害者や精神病者にのみ対応しているに過ぎない状況にあるという。

同評議会によると、これらのABI患者への対処は刑事司法制度の重要な

課題であり、優先事項であるが、これらの人々に対する一般の偏見が強いことから、他の障害者グループ、たとえば、聴覚・視覚障害者、コミュニケーション障害者、身体障害者などと同様に、慎重な配慮が必要であるという。⁽²¹⁾

実際のところ、オーストラリアでは成人受刑者と少年収容者における ABI の明らかな有病率について、政府はこれまで認識していないのが実情であった。そこで、政府に認識を改めさせるため、これらの収容者グループは何度か調査されてきた経緯があり、オーストラリアでは、ABI 患者に関する大規模な学術研究が進展してきたのである。

ところで、オーストラリアの刑事責任年齢は、すべての司法管轄において、10歳以上とされる。⁽²²⁾したがって、10歳未満の刑事未成年の行為は、犯罪として起訴されることはない。少年年齢の上限は、クィーンズランドの16歳を除き、17歳である。このような少年司法はオーストラリアの州・準州政府によって個別に運営され、これらの年齢層の非行少年には拘禁刑か、あるいは監督付き、ないし監督なしの社会内処遇命令（community-based orders）を組み合わせた対応がなされる。しかしながら、非行少年に対する施設内処遇ないし社会内処遇の開始時において、ABI を発見するようなスクリーニング・システムを採用する州は存在しなかったという。もっとも、一部の州において、少年司法機関は、少年が障害を申告する場合、詳細な検査をするために専門の施設に送致することができるが、ABI 研究が進んでいるオーストラリアでさえ、成人の刑事施設収容者と比較すると、少年施設収容者のうち、どれくらいの非行少年に ABI があるのかについての研究は不十分であるのが実態のようである。

2009年に司法衛生局（Justice Health）が調査したところ、ニュー・サウス・ウェールズ州の10ヶ所の施設に収容されていた361名の少年のうち、その約3分の1（32%）は、「意識喪失に至る頭部損傷」の経験があることが明らかになった。⁽²³⁾他方、これに先立って行われた2003年調査と比較すると、2009年調査の男性発症率32.3%は2003年の調査（38.9%）よりも低い、女性発症率は2003年調査では6%であったが、2009年調査では3人に1人となってい

る。引き続き2009年調査の詳細をみると、少年収容者の半数以上（60％）は、単一の頭部損傷を報告したが、5ヶ所以上の頭部損傷を報告した者が11％もいた。さらに、約半分（49.5％）が「深刻な頭部損傷」のために「一瞬のみ」約6人に1人は10～30分、3％が30分～24時間、同様に3％が24時間以上の意識喪失があったと答えている。もっとも、調査対象者3人に1人は、意識喪失の有無を「知らない」としている。また、頭部損傷を報告した参加者の半数近く（47％）は後遺症があると答えている。後遺症のうち多かったのは、頭痛（24.5％）、物忘れ（9.8％）、低集中力・運動感覚・平衡感覚（6.9％）だった。「人格変容（personality change）」は、わずか1％のみが報告した。⁽²⁴⁾ 3分の1以上（37％）は、後遺症が継続中であるという。

オーストラリアにおける上述の調査とその他の研究などから総合的に考察しうることは、次の点であると思われる。すなわち、第1に、成人収容者と少年収容者の意識喪失を伴う頭部損傷は、ABIの典型的な症状であること。第2に、少年のABI発症につき、アルコール・飲酒が影響している可能性⁽²⁵⁾があること。第3に、脳損傷と違法薬物の使用は関連がみられること。⁽²⁶⁾ 第4に、児童虐待とABIの関連性についても指摘されている。⁽²⁷⁾ そして、これらが原因となって、種々の問題行動に結びついているという事実である。これらの問題行動には、ADHD、反抗的行動障害、注意力欠如障害（attention deficit disorder）、多動性障害、行為障害（conduct disorder）が含まれ、一般に症状として診断されないケース、つまり病気とはいえない現象として、不適切な社会的行動、粗暴な言葉、無気力症や発動性の低下（adynamia/lack of initiation）、固執的・反復的行動、他者に対する無差別な身体的攻撃、物に対する物理的攻撃、自己に対する身体的行為、不適切な性行動、失踪・放浪行動（absconding/wandering behaviour）などが含まれ、多様な形態を示している。

要するに、幼児期、少年期初期の‘brain injury’がその後の人生においてさまざま障害を引き起こしており、この限りにおいて、少年の非行行動がこれと関連していないかどうか、関連していれば従来の扱い、処遇を変える

べきではないのか、などの議論が必要なことは言うまでもない。

（３）アメリカの研究

brain injury 問題は、アメリカ合衆国でも深刻な扱いを受けている。以下は、この問題を専門的に扱うアメリカ脳損傷協会（the Brain Injury Association of America）の調査による知見である。まず、TBI の定義として「頭部への打撃（blow）や衝撃（jolt）、脳の機能を破壊する貫通性の頭部損傷（penetrating head injury）」⁽²⁸⁾としている。TBI の重症度には、軽度（例えば、精神状態の僅かな変化）から重度（例えば、拡張的な記憶喪失、健忘症）の範囲がある。同協会によると、児童や青少年は、成人よりも TBI のリスクがはるかに高い。最もリスクが高いのは、0～4 歳児と 15～19 歳の者である。この指摘は先のオーストラリアと同様であり、‘brain injury’が青少年問題として扱われていることが端的に示されている。TBI の短期・長期の結果は、身体上（たとえば、聴覚、スピーチ、視覚、協調）、認識上（たとえば、認知、コミュニケーション、論理的思考、判断）、行動上（たとえば、気分変動、不安、感情制御やアンガー・マネージメントの困難性）に現れる機能障害である。20代になってもなお続く脳の発達期間中に TBI は、行動を導く意思決定能力や感情制御能力の十分な発達を阻害する可能性があるという。つまり、青少年期の発達途上の脳の衝動性と結びついた TBI は、若年者が非行行動に関与する可能性を高める。このような知見は、前記のフィンランドにおける大規模な長期追跡研究においてもみられ、同協会は 14 歳以前に TBI を経験した青少年に非行発生件数が増加した点を重視している。

アメリカでも同様に、ミズーリ州の青少年拘禁施設に収容される青少年を検証する最近の調査では、TBI 罹患率が高かったことを発見している。このパーロンとハワード（Perron and Howard）⁽²⁹⁾の研究では、非行少年の TBI の期間有病率（period prevalence）を観察した。期間有病率とは、一定期間内に何らかの病気に罹ったことがある者の比率を意味する。パーロンらは、TBI と青少年の反社会的行動の間の関連性を検討するために、次の

3点を重視した⁽³⁰⁾。第1に、拘禁された青少年人口中のTBIの有病率を検討すること、第2に、TBIのリスクと関連する要因を特定すること、第3に、TBI歴が薬物濫用、精神障害、反社会的行動と関連するかどうか、関連する場合どの程度かを評価することである。

この研究で対象となったのは、2003年3月1日から5月31日の間にミズーリ州青少年保護サービス（Missouri Division of Youth Services：以下、‘MDYS’⁽³¹⁾と記す）に収容された全ての若年者である。MDYSは、同州の45カ所の少年裁判所による保護を実施するための部局である。実際にインタビューの対象となったのは同意を得た728名である。もっとも、4名は精神病（psychosis）の兆候を示し、別の1名はインタビューの継続を望まなかった⁽³²⁾ので、インタビューを完了したのは725名であり、MDYS全収容者のうち97.7%に当たる。このように、パーロンらの研究は、研究期間中にMDYSに収容されていた者のほとんどを対象としているので、実質的に全数調査といってもよい。また、MDYSの年間収容者数に対して十分な代表サンプルと言ってよい。なお、インタビューは、対象者全員に対して対面式で実施された。

同調査で実際の面接では、「これまでの人生で、20分以上意識を喪失する脳損傷を経験したことがありますか？」（「はい・いいえ」で回答）という質問を含む自己報告調査を使用してTBIを特定しようとした。薬物濫用については、グリッソとバーナム（Grisso and Barnum, 2000）が開発したマサチューセッツ州青少年スクリーニング法第2版（Massachusetts Youth Screening Instrument - Second Version: MAYSI-2）が使用された。また、インタビュー対象者には、ヘロイン、コカイン、クラック・コカイン、マリファナ、エクスタシーの使用経験の有無も尋ねられた。なお、同調査では、精神科医や医師から精神病と診断された経験があるか否か、つまり鬱病（depression）、不安神経症（anxiety）、対人関係敏感症（interpersonal sensitivity）、精神病質（psychoticism）についても調査されている。

この自己報告（Self-Report of Delinquency, SRD）調査では、収容前

に行った7種の非暴力的犯罪と10種の暴力的犯罪につき、年間の頻度、また初発年齢が質問された。質問は、項目毎に、0（なし）～8（1日2～3回）の範囲で回答するように求められ、合計スコアは0～136点に分布する。調査の結果、非暴力犯罪では0～56、暴力犯罪では0～80の範囲で、暴力犯罪の回数がやや多い。さらには、加害経験だけでなく、収容前1年間の被害経験も尋ねられた。それに使用されたのは、被害化指標（Victimization Index）である。「誰かがあなたを傷つけようとして殴ったことがありますか？」、「お金や物を盗るために誰かが武器や暴力を用いたことがありますか？」、「武器で誰かに攻撃されたことがありますか？重傷を負わせようとしたり、殺したりするような攻撃を受けたことがありますか？」、「あなたの物が盗まれたことがありますか？」などの被害体験に関する質問である。

これらの調査結果から、パーロンらは、非行集団のなかでTBIが高率であることを発見した。⁽³³⁾具体的には、重大な脳損傷を報告した者のうち約5人に1人がTBIを経験している。この結果は別の先行研究の調査結果とも傾向は同じで、合衆国において人口10万人当たり約180～250人の罹患率を示し、青少年や若年成人のTBI罹患レベル（人口10万人中最大415名）が比較的高いことも示している。そこで、パーロンらは、TBIの生涯有病率は、青少年が成人期初期・中期に入るにつれて上昇し続ける可能性があること、女子よりも男子の方がTBIのリスクが高いことを見いだした。そして、TBIを罹患している者は、精神障害（psychiatric distress）、犯罪行動と薬物使用行動の早期の兆候、自殺、犯罪傾性について有意に高いことを示しているという。

結論として、パーロンらは、非行少年の間でTBIは一般的であり、TBIが広範囲の精神的機能障害と関連することを指摘した。もっとも、合併症の発症におけるTBIの因果的役割については不明確であると結論づけている。⁽³⁵⁾

（４）イギリスの研究

発展途上とはいえ、イギリスでもABIはとくに青少年層において深刻な

問題として捉えられており、心理学者、精神科医を中心にその解明が進んでいる。さらには、後述するように、議会内でもワーキング・グループが結成され、将来的にはオーストラリアのようにこれに関する特別立法も視野に含まれているという。

イギリスでこの領域の代表的な研究者は、エクセター大学心理学部のヒュー・ウィリアムズである。彼の研究グループ（H. Williams et al.）はTBIと有罪判決、暴力犯罪、精神衛生問題、薬物濫用との関連性を明らかにするために調査を実施している⁽³⁶⁾。すなわち、若年犯罪者施設（Young Offender Institute）、若年犯罪対策チーム（YOT： Youth Offending Team）、特別支援学校から抽出された11歳から19歳までの若年男性犯罪者186名を研究対象として自己報告型のアンケートを実施し、ABI, TBI の分析を行った。つまり、対象者に ABI, TBI の自覚症状について自らの経験を答えてもらう方式である。

アンケートで対象者は、意識喪失等（朦朧状態や混乱状態）を引き起こす頭部への被打撃経験、意識喪失時間の長さや頻度を回答した。これによって、ウィリアムズらは TBI の有無と重症度を測定した。本研究では医師が診断したのではなく、対象者のアンケート結果に基づいて TBI か否かを決定していることから、「自己報告 TBI（self reported TBI）」と称されている。自己報告 TBI の重症度は、意識喪失時間の有無と長さによって、軽度（意識喪失なし）、軽度（意識喪失10分未満）、中等度（意識喪失10分以上 6 時間未満）、重度（意識喪失 6 時間以上）に分類される。この自己報告型のアンケートの結果、対象者186名のうち121名（65.1%）が、ある種の TBI を報告した⁽³⁷⁾（表 1 参照）。その中で19.1%は、意識喪失の経験がないので「TBI の可能性」に分類された。要するに、回答者186名中46%が、意識喪失を伴う TBI を報告したことになる。「自己報告 TBI」を重症度別にみると、軽度55名（29.6%）、中等度29名（15.6%）、重度 2 名（1%）である。そして、「自己報告 TBI」のうち、意識喪失の頻度が複数回ある者の割合をみると、軽度 TBI の55名中40名（72.7%）、中等度29名中19名（65.5%）が 2 回以上の

表 1 自己報告 TBI の状況

自己報告 TBI 回数	軽度 (意識喪失なし)	軽度 (10分未満の意 識喪失)	中等度 (10分以上 6 時 間未満の意識 喪失)	重度 (6 時間以上の 意識喪失)
1 回	17 人	15 人	10 人	1 人
2 回	5 人	11 人	4 人	—
3 回以上	13 人	29 人	15 人	1 人
合計	35 人	55 人	29 人	2 人
TBI の割合	29 %	45 %	24 %	2 %

出典：Williams, W.H. et al. (2010) *Self-Reported Traumatic Brain Injury in Male Young Offenders: A risk factor for re-offending, poor mental health and violence?* Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal Vol.20, Issue 6, p.19 を基に表を作成した。

意識喪失を経験し、重度 TBI 2 名中 1 名 (50%) は 3 回以上の意識喪失を経験したと回答している(表参照)。したがって、全「自己報告 TBI」経験者のうち 3 分の 2 以上の者は、2 回以上の意識喪失経験があることが分かる。

次に、ウィリアムズらは、TBI と有罪判決回数の関連性を調べるために、7 つのカテゴリー、つまり侵入盗、万引き・窃盗・強盗、暴力犯罪、暴走行為、詐欺、薬物犯罪、性犯罪で有罪判決を受けたことがある否か、また有罪判決を言い渡されたことがある場合、その回数について対象者に質問した。具体的には、犯罪類型毎に 0 回～4 回以上の範囲で点数化した。その結果、「自己報告 TBI」のない者の平均値が 5.89 回であったのに対して、自己報告 TBI のある者の平均値は 7.52 回であり、「自己報告 TBI」のある者の有罪判決数は約 2 回多かった。⁽³⁸⁾

前記の 7 犯罪カテゴリーのうち、暴力犯罪については、その被害程度を「被害なし」、「障害を引き起こさない暴行」、「軽度な傷害」、「重大な傷害」、「深刻な傷害」、「殺人」、「複数殺人」に分類して点数化し、この点数と暴力犯罪により有罪判決を受けた回数と組み合わせることで「暴力犯罪指標 (Index for Violence Offending)」という尺度を設定している。⁽³⁹⁾ この暴力犯罪指標と自己報告 TBI の回数(意識喪失の頻度)を比較することで、3 回

以上の意識喪失を申告した者の暴力指標が有意に増加したことが明らかにされた。⁽⁴⁰⁾

さらに、12項目の質問で構成される精神保健調査票（GHQ-12）を用いて、対象者の精神健康状態を点数化した。⁽⁴¹⁾ 回答は、4段階（0～3）で評価され、0～36の範囲に分布する。そして、点数が高ければ高いほど、精神的疾患、心理的苦痛、不安、社会技能の欠如などの可能性が高くなるとされる。精神健康状態に関する点数をTBIの有無で比較すると、TBIのない者よりもTBIのある者の方が精神的疾患等の兆候のレベルが高かった（TBIありの平均値11.8、TBIなしの平均値9.7）。

このほか、この調査では、TBIを自己報告した者と報告しなかった者との間で、薬物やアルコールの使用についての差異にも言及している。アルコール使用についてはこの二つグループの間に有意差はみられなかったが、薬物については有意差がみられた。すなわちTBI自己報告グループには、頻繁な薬物使用がみられ、さらに薬物の種類にも相違があった。たとえば、カナビスの使用では両グループに使用頻度の点で差がみられた。⁽⁴²⁾

本調査を要約すると、TBI症状の体験を報告した者は16歳までに65%に上り、このうち19.1%は「潜在的TBI」、意識喪失経験者は46%、意識喪失を伴う軽度のTBIは29.6%、中等度から高度は16.6%であった。意識喪失経験者が多い点が注目される。このようにして、自己報告とはいえ、TBI有病率は刑務所人口のうちかなり高い割合を占めている。前記のように、このような傾向は概ね他の研究結果や成人施設における調査と合致する。成人施設でのTBI問題は、おそらく少年施設でTBIが十分に認識されないままに成人期に移行したためと考えられる。ウィリアムズらは、施設におけるTBI有病率は明らかに一般人口中よりも高いと指摘する。そこで、神経心理的な観点から、TBIを抱える者の犯罪行動は神経性的原因が考えられるという。つまり、激怒しやすく、行動を抑制できないなどの原因である。これらの症状は、犯行を繰り返す可能性が高く、拘禁施設でも適切なりハビリテーションが行われない限り、自らが行動を変容させることは難しいと述べている。

したがって、現在の拘禁施設の状況が犯罪者の行動を管理するうえで神経心理的な要素を強化できるかが鍵だと主張する。⁽⁴³⁾

もちろん、ウィリアムズらも自ら認めるように、自己報告研究であるがゆえに、信ぴょう性に問題がないわけではなく、しかも過去の体験・症状についての調査であって現在の状況を基に調査されているわけでもない。さらに、犯罪行動がすべて TBI に起因するということも立証されておらず、対象者の種々の家庭事情などが影響していることも考えられる。このように、本調査にはさまざまな限界はあるものの、TBI と犯罪行動の関係に着目したことはイギリスでは画期的なことであり、ウィリアムズらが指摘するように、まずは社会全体で TBI の診断を促進して、TBI 有病者を発見することが重要であろう。確かに、この問題が解決しない限り、TBI を原因とする犯罪者、非行少年が出現し、十分な手当をしないと犯罪や非行が繰り返されることになる。

これを踏まえて、最後に、ウィリアムズらは、明らかに若年犯罪者の間で TBI が蔓延しており、児童期に TBI の早期の診断と介入が犯罪予防の手段となり得ることを指摘する。TBI のリスクを抱える者への十分なリハビリテーション的支援が受けられないと、その後の行動変容が不能となる。まさしく青少年期はこの解決の鍵を握る機会であり、この時期を逃してしまうと TBI の解決はきわめて困難である。そこで、TBI 若年犯罪者に対して、保健衛生、社会福祉、教育の各機関協働の下に、神経心理的診断と社会復帰プログラムとの融合が重要であるとする。⁽⁴⁴⁾

4 イギリス青少年司法委員会の ABI 対策

イギリスの青少年司法委員会 (the Youth Justice Board, 以下 YJB と記す) が若年犯罪者と ABI の関連性に着目するようになったのは、2010 年以降である。YJB の ABI 問題担当のハワード・ジャスパー (Howard Jasper) 氏によると、全犯罪者のうち 60% が ABI を有しているとの調査結果もあるという。⁽⁴⁵⁾ ABI と犯罪の関連性は、YJB 単独で対応できる問題では

ないので、行政機関、NPO 団体、法曹団体、大学などの関係各機関が⁽⁴⁶⁾2011 年 1 月に CJABIIG（Criminal Justice Acquired Brain Injury Interest Group, 「クジャビッグ」と称される）という多機関協働体制を構築した。CJABIIG は、刑事司法制度において、ABI の者（成人・若年者双方を含む）が抱える問題の認識を普及させ、必要な改革をもたらすことを目的とする。現在、ABI は、「隠れた障害（hidden disability）」と称されるように、身体障害者とは異なり、外見上障害を有する者とはみなされない。したがって、本来、ABI に罹患した者には、特別な配慮が必要にもかかわらず、現実には何もなされておらず、また、不適切な処遇が行われていることが問題とされる。かつて、学習障害（learning disability）や注意欠陥多動性障害（ADHD）が、障害ではなく個人の人格的問題とみなされていたのと同様の状況にあると言ってよい。イギリスでは、現在、学習障害や ADHD と診断された者には、その障害に応じた特別な治療や対応がなされている。

CJABIIG は、上記の目的を達成するために、目標を設定した。⁽⁴⁷⁾すなわち、第 1 に、犯罪者や潜在的犯罪者（犯罪リスクの高い者）間の ABI 罹患状況の認識を高めること。この目標を達成するために、CJABIIG の成果をマスメディアや公刊物を通じて公表することとしている。第 2 に、犯罪者の社会復帰において、ABI に関連する特定のニーズをどのように考慮できるかを検討すること。職員の研修や認識の普及、協働体制による連携、ロビー活動を行うこととしている。第 3 に、ABI の影響を受ける犯罪者や潜在的犯罪者に改善されたサービスを提供することで、再犯率がどのくらい削減できるかを探索すること。具体的には、早期の診断、介入プログラム、適応教育を実施する。このように、CJABIIG は、目的と目標を定め、それらを達成するために、定期的に会合（2011 年は 4 回）を開き活動計画を立案し実施に移している。

これに対して YJB は、CJABIIG の会合や活動に参加するとともに、第 1 に、青少年司法制度の対象となる者の中で ABI を有する者がどれくらい存在するのかを把握すること、第 2 に、ABI の若年犯罪者に効果的な処遇を

明らかにすること、第3に、青少年司法職員に ABI 問題の認識と対応策を普及させること、などに重点をおいて活動中である。

前述したように、ABI や TBI は「隠れた障害」と称されており、外観上は一般人と異ならないために、これを発見し、それに対応するために、青少年司法に携わる者、すなわち警察官、検察官、弁護士、裁判官、保護観察官などに脳損傷の意義と症状、対処方法について研修を行う必要があるとされる。

5 おわりに一若干の考察

少年非行は、保護・教育の欠如ゆえに十分に社会化・規範化されなかった者、すなわち、家庭、学校、地域社会における社会不適応の問題と捉えられる傾向が強く、したがって、現在の少年司法政策では、矯正施設や保護観察において、再教育・改善を通じて少年の健全育成を果たすことが目指される。しかし、上述したように、わが国でも、一部には、医学的にみて脳損傷を有している者が非行少年のなかに含まれている可能性が高い。もちろん、ABI 研究の進む欧米諸国でさえ、ABI、TBI の正確な診断には MRI などの高額な装置を使用した医療を行なわねばならず、これらの者を発見するには多くの困難が横たわっている。

しかしながら、上述のように、欧米諸国はこのような脳損傷 (brain injury) 問題に積極的に取り組みつつあり、根本的な解決策には至っていないものの、この問題の社会的認知レベルは高まっている。なぜなら、現にこの問題に関する調査研究が活発になされ、同問題に取り組む多くの支援団体・組織が立ち上がっているからである。これに対して、わが国では一部、少年鑑別所関係者の中に問題として取り上げる者はいるものの、ほとんど認識されていないのが現状である。⁽⁴⁸⁾

おそらく、わが国で脳損傷の問題がとりわけ関連するのは児童虐待であろう。こんにち、児童虐待の状況は深刻化しており、この中に身体的暴力の被害を受けた被虐待児が ABI、TBI を発症する可能性はきわめて高く、またこ

れが原因で非行や犯罪を行った少年が多数含まれていると思われる。そこで、わが国でも非行と脳損傷との関連を十分疑う必要があり、今後、大きな社会問題になる可能性がある。というのも、法務総合研究所の調査で、少年院収容者の中にかかなりの割合で児童期に虐待を受けた者が含まれることを示すデータが明らかにされたからである。⁽⁴⁹⁾すなわち、暴力的な家庭環境の下で育ち、しばしば暴力的被害を受けていた少年に脳損傷は十分疑われるし、それが原因でABI、TBIを発症して非行に至ったとしたら、少年司法機関として、当然、対応を検討する必要があるのは当然だからである。

そこで、上記の欧米の研究成果を参考にして、わが国でも、少年司法政策として、第1に、少年非行に関係する機関がABI、TBIの問題を認識することから始めるべきであろう。そのためには外国の研究状況や対応策の実施状況を理解しなければならない。それを支援するためにも、研究者の関心をこの問題に向ける必要がある。そして、第2に、これらに基づき、わが国でも本格的な調査が行われるべきである。このためには、警察、検察、家庭裁判所、少年鑑別所、少年院など関係機関が医療機関とも協議しながら問題を共有する必要がある。なぜなら、単一の機関だけで調査を検討しても限界があるからである。第3に、わが国の実情に応じたABI、TBI対策の実施である。この問題の扱いは多岐にわたるために、いわゆる上記の機関を含む多機関協働体制が望ましい。そして、さらにはこれらの対策の評価（いわゆるプロセス評価）を行いつつ、改善を進めるべきである。

もっとも、その実施にも種々の困難が伴うことが予想される。そもそも、ABI、TBIの診断にはMRIの利用などの多額の経費がかかることや少年の健康関連の個人情報保護の問題も横たわる。そこで、わが国も他国にならい、まずは非行少年に対する自己報告調査を試験的に実施して、大まかなABI、TBIの罹患状況の把握から始めればよい。いずれにしても、この問題に関係するわが国の研究・対応の実情は諸外国に比して著しく遅れており、それにいくらかでも追いつくことが求められる。

筆者は、法律系出身の研究者であることから、このような医学的神経症系

の研究を展開するには限界があり、今後わが国でもこれらの分野の研究者が参入して学際的研究に取り組むことが望まれる。

- (1) なお、この研究を実施するに当たって、イギリス司法省青少年司法委員会 (the Youth Justice Board, 以下、‘YJB’ とする) 保健衛生担当のハワード・ジャスパー (Howard Jasper) 氏に数度、ロンドンにおいてヒアリングを行った。
- (2) Rushworth, Nick. (2011), *Out of Sight, Out of Mind: People with an Acquired Brain Injury and the Criminal Justice System*, Brain Injury Australia, p.4.
- (3) *ibid.*, p.5.
- (4) *ibid.*, p.5.
- (5) Faul, Mark., Xu, Likang., Wald, Marlena M., and Coronado, Victor G. (2010), *Traumatic Brain Injury in the United States: Emergency Department Visits, Hospitalizations and Deaths 2002-2006*, Washington, DC: Center for Disease Control and Prevention, p.17. (www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/blue_book.pdf)
- (6) 大阪脳損傷リハビリテーションネットワーク「脳損傷の知識」「問題行動について」1 頁。
- (7) N. Rushworth, *op. cit.*, p.13.
- (8) Ylvisaker, Mark., Turkstra, Lyn., Coehlo, Carl., Yorkston, Kathy., Kennedy, Mary., Sohlberg, Mckay, Moore., and Avery, Jack. (2007), *Behavioural Interventions for Children and Adults with Behaviour Disorders after TBI: A Systematic Review of the Evidence*, Brain Injury Vol. 21, No. 8, p.769-770.
- (9) Rushworth, Nick. (2011), *Out of Sight, Out of Mind: People with an Acquired Brain Injury and the Criminal Justice System*, Brain Injury Australia, p.13.
- (10) *ibid.*, p.13.
- (11) Timonen, Markku., Miettunen, Jouko., Hakko, Helinä., Zitting, Paavo., Veijola, Juha., Wendt, Lennart von., and Räsänen, Pirkko. (2002), *The association of preceding traumatic brain injury with mental disorders, alcoholism and criminality: the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study*, Psychiatry Research Vol. 113, Issue 3, pp.217-226.
- (12) Rantakallio, Paula., Koiranen, Markku. and Mottonen, Jyrki. (1992), *Association of Perinatal Events, Epilepsy, and Central Nervous System Trauma with Juvenile Delinquency*, Archives of Disease in Childhood vol. 67, pp.1459-61.
- (13) *ibid.*, p.1461.

- (14) M. Timonen, op. cit., pp.217-226.
- (15) ibid., p.224.
- (16) 前述ハワード・ジャスパー氏の指摘による（2012年9月7日にヒアリングを実施）。
- (17) オーストラリア統計局の2003年調査によると、432,700名（総人口の2.2%）が、障害を原因とする、「活動制限(activity limitations)」や「参加制約 (participation restrictions)」を伴う ABI を有した。317,900名の児童が ABI の症状を有しており、これは、オーストラリアの児童の12人に1人の割合であるという。また、162,800名の児童が「physical/diverse disabilities」ABIを示すという。（Rushworth, N., op.cit., p.4.）
- (18) ibid., pp.1-38.
- (19) ibid., p.2.
- (20) ibid., p.2.
- (21) ibid., p.2.
- (22) ibid., p.10.
- (23) ibid., p.11.
- (24) Indig, Devon., Vecchiato, Claudia., Haysom, Leigh., Beilby, Rodney., Carter, Julie., Champion, Una., Gaskin, Claire., Heller, Eric., Kumar, Shalin., Mamone, Natalie., Muir, Peter., Dolder, Paul van den., and Whitton, Gilbert. (2011), *2009 NSW Young People in Custody, Health Survey: Full Report*, Justice Health and Juvenile Justice, pp.77-78.
- (25) ニュー・サウス・ウェールズ拘禁若年者衛生調査では、アルコール使用障害特定テスト（AUDIT）を実施され、その結果、「極めて有害な・有害なアルコール消費（hazardous or harmful alcohol consumption）(78%)」,「有害な消費、半分を僅かに下回る（46%）」,「依存的消費、3分の1を下回る（29%）」であった。回答者の3分の2（66%）は、「拘禁される前年、少なくとも毎週飲酒をした」と答えている。「毎日・ほぼ毎日飲酒をした」と答えた者は22%である（ibid., p.134.）。
- (26) 同様の拘禁衛生調査では、対象者の薬物使用は「ほぼ普遍的」で、90%が違法薬物の使用を認め、大麻89%, アンフェタミン46%, コカイン18%, ヘロイン14%の使用歴がみられた。このように、同調査では飲酒と同様に、少年の行動や感情の規制と学習や記憶の発達に結びつく脳機能に対する長期的影響がみられると報告している。なお、自傷や自殺未遂は報告されていない（ibid., pp.134.）。
- (27) オーストラリアでは、2006-2007年の間に、1歳未満の男児163名と女児132名が児童虐待により入院したとされる。同期間中に、ニュー・サウス・ウェールズ脳損傷リハビリテーション・プログラムの対象となった児童261名のうち7%は、児童虐待や家庭内暴力が原因で ABI を被ったとされる。他の研究によると、若年男性収容者の23%, 若年女性収容者の25%が身体的虐待の重大な被害を報告している。同研究によると、一般社会の身体的虐待の被害率が5〜10%であるのに対

して、少年収容者は「極端に高い」比率を示しているという。

- (28) Adams, Erica J. (2010), *Healing Invisible Wounds: Why Investing in Trauma-Informed Care for Children Makes Sense*, Justice Policy Institute, p.3.
- (29) Perron, Brian E. and Howard, Matthew O. (2008), *Prevalence and Correlates of Traumatic Brain Injury among Delinquent Youths*, Criminal Behaviour and Mental Health Vol. 18, Issue 4, pp.243-255.
- (30) *ibid.*, p.245.
- (31) *ibid.*, p.245.
- (32) *ibid.*, p.246.
- (33) *ibid.*, p.252.
- (34) Bruns, John. Jr., and Hauser, W. Allen. (2003), *The Epidemiology of Traumatic Brain Injury: A Review*, *Epilepsia* Vol. 44, Issue Supplement s10, p.2.
- (35) Perron, B., *op.cit.*, p.253.
- (36) Williams, W. Huw., Cordan, Giray., Mewse, Avril. J., Tonks, James. and Burgess, Crispin N.W. (2010), *Self-Reported Traumatic Brain Injury in Male Young Offenders: A risk factor for re-offending, poor mental health and violence?* *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal* Vol. 20, Issue 6.
- (37) *ibid.*, p.10.
- (38) *ibid.*, p.11.
- (39) *ibid.*, p.9.
- (40) *ibid.*, p.11.
- (41) *ibid.*, p.9.
- (42) *ibid.*, p.12.
- (43) *ibid.*, p.15.
- (44) *ibid.*, p.15.
- (45) YJB の ABI 問題担当ハワード・ジャスパー氏に対するインタビュー調査による (2012年9月7日に筆者がヒアリングを実施した)。
- (46) CJABIIG の参加団体は、YJB に加えて、脳損傷協会 (the brain injury association), セント・アンドリュース・ヘルスケア (St Andrew's Healthcare), トンプソンズ・ソリシターズ (Thompsons Solicitors), エクセター大学 (University of Exeter), 刑事施設改革トラスト (Prison Reform Trust), イギリス ABI フォーラム (United Kingdom Acquired Brain Injury Forum), ベス・ウィック・コンサルタント (Beth Wicks Consultancy Ltd), 児童脳損傷トラスト (Child Brain Injury Trust) がある (2012年9月現在)。CJABIIG の初代会長は、Louise Wilkinson であり、2代目の会長は、Load Ramsbotham である。

- (47) http://www.childbraininjurytrust.org.uk/information_criminaljustice.html
- (48) Miura, H., Fujiki, M., Shibata, A., and Ishikawa, K. (2005), *Influence of History of Head Trauma and Epilepsy on Delinquents in a Juvenile Classification Home*, Psychiatry and Clinical Neurosciences Vol. 59, pp.661-665.
- (49) 法務総合研究所「児童虐待に関する研究（第1報告）」法務総合研究所研究部報告11（2001年）。